

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade Medicina de Lisboa



Cuidados Paliativos: avaliação do conhecimento dos Médicos de Família

Daniela de Carvalho Runa

Orientador: Prof. Doutor Miguel Julião

Co-Orientador: Prof. Doutor António José Feliciano Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção
do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Faculdade Medicina de Lisboa



Cuidados Paliativos: avaliação do conhecimento dos Médicos de Família

Daniela de Carvalho Runa

Orientador: Prof. Doutor Miguel Julião

Co-Orientador: Prof. Doutor António José Feliciano Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção
do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

2019

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 21/04/2020.

“Nem o Sol nem a Morte podem ser olhados de frente.”

François de La Rochefoucauld, *Máxima 26*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer o carinho e apoio de algumas pessoas sem as quais a redação desta dissertação não teria sido possível. Agradeço aos meus pais, Daniel e Guida, e à minha irmã, Maria João, que são para mim um exemplo de resiliência, coragem e união, pelo amor incondicional que me têm.

À minha avó Benedita que me ensinou desde pequena a importância do amor e respeito pelos outros e me mostrou a delicadeza e carinho necessário quando cuidamos de alguém.

Ao meu amor, Filipe, por ter estado ao meu lado nas longas horas de escrita e reflexão, pelo apoio e amor que me tem dedicado e principalmente por me tornar uma melhor pessoa.

Aos meus amigos, aqueles verdadeiros que se contam com os dedos das mãos, por contribuírem para a minha sanidade mental e serem uma fonte inesgotável de alegria.

Aos meus colegas de trabalho, que me mostram todos os dias como é simples fazer a diferença na vida de alguém.

Às minha colegas de mestrado Inês, Rita e Luísa por terem abarcado comigo este desafio.

À minha amiga e colega Maria Ana Sobral pelo seu apoio incondicional, companheirismo e amizade.

Ao meu amigo, colega e professor, Miguel Julião, que é para mim uma fonte de inspiração e motivação, ajudando-me em todo este processo com a sua sabedoria e dedicação.

A todos os colegas de Medicina Geral e Familiar que aceitaram o desafio de testar os seus conhecimentos em Cuidados Paliativos respondendo ao questionário de recolha de dados.

RESUMO

Enquadramento: Os Cuidados Paliativos (CP) assumem um papel cada vez mais importante no plano geral da saúde. A nível nacional, verifica-se uma escassez de evidência acerca do que sabem os profissionais de saúde sobre CP, em que medida isso pode influenciar a prática dos mesmos e que necessidades formativas existem realmente.

Objetivos: Este estudo pretende avaliar o conhecimento dos médicos e internos de Medicina Geral e Familiar (MGF) sobre CP bem como os fatores que os condicionam, de forma a identificar necessidades formativas na área. Para além disso, propõe identificar a perceção dos médicos quanto ao seu conhecimento e ao seu papel em CP.

Desenho do estudo: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, observacional e transversal.

Amostra: Amostra não probabilística e de conveniência, constituída por 80 médicos e internos de MGF a exercer funções nas diversas unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Sintra. (População de 219 médicos de MGF dos quais 60 eram internos da especialidade)

Materiais e métodos: Foi desenvolvido um questionário *online* específico relativo ao conhecimento geral sobre CP e onde também se pediu aos participantes que avaliassem o seu conhecimento e a importância do seu papel em CP. A compreensão do questionário foi avaliada com a realização de um pré-teste a 20 médicos de família. Através de uma análise descritiva e inferencial procurou-se avaliar a existência de correlações entre as variáveis usadas.

Resultados: A maioria dos participantes era do sexo feminino (80,0%), com idade média de 39,0 anos, sem formação ou experiência profissional em CP, classificando o papel da MGF como *muito* ou *extremamente importante*. A média de respostas corretas foi elevada (85,58%), sobretudo nas seguintes áreas: *Filosofia dos CP; Abordagem da Dor e Comunicação*. Por outro lado, as áreas com menor percentagem de respostas certas foram referentes a *Sintomas Respiratórios e Vias de Administração de Fármacos*. A formação, a experiência em CP e a autoavaliação do conhecimento mostraram estar significativamente relacionadas com o nível de conhecimento, ao contrário da idade que se correlacionou de forma negativa. O género, a experiência médica geral, o tipo de unidade de saúde e o tipo de contacto com os CP não mostraram diferenças significativas.

Conclusões: Apesar de reconhecido um bom nível de conhecimento em CP, foram identificadas necessidades formativas específicas. Este facto torna imperativo o desenho de um plano formativo contínuo e adaptado aos médicos de família do ACES Sintra por forma a proporcionar-lhes os conhecimentos e as competências em CP necessários à prestação de melhores cuidados à população que servem.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Conhecimento; Médico de Família.

ABSTRACT

Background: Palliative Care (PC) plays an increasingly important role in the overall health plan. At the national level, there is a lack of evidence about what health professionals know about PC, the extent to which this can influence their practice and what training needs exist.

Objectives: This study aims to evaluate the knowledge level of physicians and Family Medicine (FM) residents about PC as well as the factors that prevent them to learn and expand their knowledge, in order to identify training needs in the field. Furthermore, it proposes to identify the perception of their knowledge and their role in PC.

Design: Quantitative, descriptive, observational and cross-sectional study.

Sampling: Non-probabilistic and convenience sampling, consisting of 80 FM physicians and residents working in different units of the Sintra Health Center (ACES). (population of 219 FM physicians, 60 of them as residents)

Methodology: A specific *online* questionnaire on general knowledge about PC was developed and participants were asked to rate their knowledge and the importance of their role in PC. A preliminary assessment of the questionnaire was verified with a group of 20 FM physicians. Using a descriptive and inferential analysis this study sought to evaluate the correlations between the variables used.

Results: Most participants were female (80.0%), with a mean age of 39.0 years, without adequate training or professional experience in PC. They classified the role of FM as *very* or *extremely important*. The average of correct answers was high (85.58%), especially in the areas of *Philosophy of PC* and *Pain and Communication Approach*. The lowest scores were obtained in the areas of *Respiratory Symptoms* and *Routes of Drug Administration*. Training, experience in PC and self-assessment of knowledge were significantly correlated to the level of knowledge, as opposed to age that correlated negatively. Gender, general medical experience, type of health unit, and type of interaction with PC did not show significant differences.

Conclusion: Although a good level of knowledge in PC is recognized, specific training needs have been identified. It is imperative to design a continuous training plan tailored to the FM physicians in ACES Sintra and provide them with the knowledge and skills necessary in PC for a better care to the population they serve.

Keywords: Palliative Care, Knowledge, Family Physician.

ÍNDICE

ÍNDICE TABELAS	2
LISTA DE ABREVIATURAS	3
ENQUADRAMENTO	5
1. Cuidados Paliativos: o que são?	5
2. Cuidados Paliativos em Portugal	6
3. Cuidados Paliativos e Medicina Geral e Familiar	7
4. Formação em Cuidados Paliativos	8
METODOLOGIA	11
1. Tipo de estudo	11
2. Objetivos	11
3. Variáveis	11
4. Amostra	11
5. Instrumento de colheita de dados	12
6. Análise estatística	13
RESULTADOS	15
1. Características sociodemográficas, profissionais e de formação em Cuidados Paliativos	15
2. Avaliação do conhecimento em Cuidados Paliativos	18
DISCUSSÃO	28
1. Características sociodemográficas, profissionais e de formação em Cuidados Paliativos	28
2. Avaliação do conhecimento em Cuidados Paliativos	29
3. Limitações do estudo	33
4. Perspetivas futuras	34
CONCLUSÕES	36
BIBLIOGRAFIA	37
ANEXOS	41

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1. Níveis de formação em Cuidados Paliativos recomendados para Portugal.....	8
Tabela 2. Dados sociodemográficos, profissionais e de formação em Cuidados Paliativos (N=80).	16
Tabela 3. Autoavaliação de conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).....	17
Tabela 4. Importância do médico de família em Cuidados Paliativos (N=80).	17
Tabela 5. Autoavaliação, formação e importância do médico de família em Cuidados Paliativos (N=80).....	17
Tabela 6. Respostas às oito dimensões do questionário sobre Cuidados Paliativos (N=80).....	20
Tabela 7. Respostas corretas em cada dimensão e no total do questionário (N=80).....	22
Tabela 8. Género vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).....	23
Tabela 9. Idade vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).	23
Tabela 10. Formação vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).	24
Tabela 11. Nível de formação (Básica/Intermédia/Avançada) em Cuidados Paliativos	24
vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=22).	24
Tabela 12. Experiência em Cuidados Paliativos vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).	25
Tabela 13. Autoavaliação dos conhecimentos em Cuidados Paliativos.....	25
vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).	25
Tabela 14. Unidade de trabalho vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).....	26

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CP – Cuidados Paliativos

EAPC – *European Association for Palliative Care*

IAHPC – *International Association for Hospice & Palliative Care*

INE – Instituto Nacional de Estatística

MF – Médico de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEDCP – Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

ENQUADRAMENTO

ENQUADRAMENTO

1. Cuidados Paliativos: o que são?

A evolução natural de uma patologia crónica, oncológica ou degenerativa pressupõe a chegada a uma fase da doença em que escasseiam respostas à terapêutica curativa, passando o enfoque clínico para a diminuição da dor e sofrimento global. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *European Association for Palliative Care* (EAPC),^{1,2} este tipo de doentes passam a necessitar de Cuidados Paliativos (CP), isto é, de cuidados ativos e totais, que envolvam o doente, a família e a comunidade e que respeitem a sua dignidade até à morte. A atenção é centrada na pessoa doente, tendo em conta todas as suas dimensões: física, psicológica, social e espiritual. Trata-se de uma intervenção em equipa multidisciplinar, com o objetivo de promover a melhor qualidade de vida possível. A definição mais recente de CP elaborada em consenso pela *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC),¹ reforça ainda que os CP se afirmam como um sistema organizado e estruturado, baseado na melhor evidência científica atual, que deve ser implementado precocemente no decurso da doença e concomitantemente com cuidados curativos.³

A nível internacional, vários estudos comprovam o impacto positivo dos CP na qualidade de vida percecionada pelo doente e família contribuindo para a diminuição de sintomas físicos e psicossociais e desenvolvendo estratégias de *coping* ao longo de todo o processo de fase final de doença. Para além disto, a intervenção de uma equipa paliativa está comprovadamente relacionada com a diminuição do número de admissões hospitalares, o aumento do número de mortes em local desejado e a redução significativa de custos de saúde totais/doente.⁴⁻⁶

Em 2018, o acesso universal a cuidados paliativos foi considerado um imperativo ético nos sistemas de saúde mundiais pela *World Health Assembly Resolution 67.19*, chegando mesmo a integrar o grupo de requisitos para a aquisição da cobertura universal de saúde do projeto *Sustainable Development Goal 3.8* da OMS.⁷ Cada vez mais a população tenderá a morrer em idades mais avançadas, na sua maioria devido a doenças crónicas como o cancro, as insuficiências de órgão avançadas e as demências e, com isso, a necessitar de cuidados de saúde dirigidos e profissionais especializados.

Uma realidade em ascensão, que tem necessariamente de passar por políticas nacionais de saúde pública onde o envolvimento de todos os níveis de cuidados de saúde é fundamental para que a Medicina Paliativa se torne acessível e de distribuição justa pela população.^{2,8}

¹ IAHPC Global Consensus Based Palliative Care Definition (2018) - Translation to European Portuguese by Julião M, Faria de Sousa P, da Silva Soares D & Runa D.

2. Cuidados Paliativos em Portugal

Desde 2004, com a criação do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, que estes se tornaram uma “*obrigação social prioritária*”, com modelo organizativo e níveis de diferenciação definidos.⁹ Em 2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, responsável por prestar assistência a pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de CP, tendo sido muito importante na disseminação de CP à população que assistia. Só em 2012 foi aprovada a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº52/2012 de 05 setembro) colmatando uma lacuna na legislação portuguesa até então. A partir daqui, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos que pretende ser uma “rede funcional, integrada nos serviços do Ministério da Saúde, e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes unidades e equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários.”¹⁰ Por sua vez, esta rede é coordenada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos a quem compete elaborar e propor os planos estratégicos para o desenvolvimento dos CP (PEDCP), com periodicidade bienal.

De acordo com o PEDCP 2017-2018, são considerados genericamente dois níveis de diferenciação em CP: abordagem paliativa e CP especializados. A abordagem paliativa deve ser transversal ao sistema de saúde e inclui métodos e procedimentos básicos usados em CP sendo aplicada em qualquer serviço com doentes com necessidades paliativas. Os CP especializados constituem equipas multidisciplinares com competências especializadas para acompanhamento clínico de doentes complexos, consultadoria e formação. O objetivo do PEDCP é fazer com que a abordagem paliativa esteja presente em todos os serviços dos cuidados de saúde primários, pré-hospitalares, hospitalares e cuidados continuados integrados. Ao mesmo tempo que colabora e tem apoio de equipas de CP especializados.¹¹

Na área da Medicina, em Portugal os CP não são considerados como especialidade, mas constituem uma competência reconhecida pela Ordem dos Médicos desde 2013.¹²

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) referentes ao ano de 2017, estima-se que existam, em média, 82.737 pessoas com necessidades de CP em Portugal, das quais 7.955 são crianças (até aos 17 anos). A área metropolitana de Lisboa conta com 20.518 pessoas com necessidades paliativas. O panorama nacional da oferta de CP à população (em dezembro de 2018) desenha-se com a existência de:¹³

- 43 Equipas Intra-hospitalares de CP de adultos;
- 3 Equipas Intra-hospitalares de CP pediátricas;
- 14 Unidades de Cuidados Paliativos hospitalares;
- 14 Unidades de Cuidados Paliativos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- 21 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

3. Cuidados Paliativos e Medicina Geral e Familiar

De entre as áreas de maior necessidade de aplicação de CP estão os cuidados de saúde primários (CSP). A OMS defende mesmo que o envolvimento dos CSP é das estratégias prioritárias de qualquer governo.⁷ Na realidade, pessoas com doença avançada e prognóstico limitado, passam a maior parte do seu tempo no domicílio devido ao decréscimo progressivo da sua autonomia, dificultando a mobilidade ágil de e para o hospital. Neste sentido, o papel do médico de família (MF) torna-se crucial nestas situações.

De facto, a interligação entre os CP e a Medicina Geral e Familiar (MGF) começa por se observar nos seus princípios comuns: equidade, solidariedade, justiça social, abordagem holística, acessibilidade e continuidade de cuidados, respeito pelos valores do doente e atenção não só à pessoa como à sua família. Por outro lado, cuidam do mesmo tipo de pessoas (em idade avançada ou com prognóstico de vida limitado) e partilham um estilo de relação terapêutica médico-doente muito próxima e característica.^{7,8} Sabe-se que os doentes se sentem mais satisfeitos quando o MF tem uma abordagem paliativa, principalmente se reserva tempo para escutar, permite a ventilação de emoções e mostra verdadeiro empenho no alívio sintomático do doente.¹⁴ Esta circunstância poderá estar intimamente relacionada com o local de preferência de morte que, no estudo de Gomes *et al.*, se identificou como sendo no domicílio para a maioria dos europeus, incluindo os inquiridos portugueses também estudados.¹⁵ A possibilidade de morrer na sua casa só poderá ser concretizada se existir um verdadeiro apoio do MF e/ou de equipas comunitárias onde este se inclui, com formação geral e/ou específica, para avaliar, tratar e acompanhar estes doentes em fim de vida.

Outro argumento a favor da importância do MF nos CP prende-se com a necessidade da implementação dos mesmos numa fase precoce da doença, em simultâneo com tratamentos que têm por objetivo prolongar a vida. Nesta situação, o papel do MF aparece numa perspetiva de continuidade de cuidados, acompanhando o doente nas diversas fases de trajetória da doença, desde o diagnóstico até à morte. No trabalho qualitativo de Beernaert *et al.* que estudou a importância do MF nesta integração de cuidados na fase paliativa da doença, foram identificadas como principais tarefas do MF: possuir conhecimento científico acerca da patologia do seu doente, ter competências em comunicação, gerir os recursos de saúde e da comunidade e investir na formação e treino permanente em CP.¹⁶

É, portanto, evidente a necessidade de envolvimento da MGF nos CP como forma de os afirmar como um direito inalienável do seu humano.

4. Formação em Cuidados Paliativos

A educação de profissionais e da população é absolutamente crucial ao desenvolvimento dos CP em qualquer região, defende o Conselho de Europa, no seu consenso de recomendações para a organização dos CP datado de 2003. Neste documento, defende-se a necessidade de formação de todos os profissionais envolvidos nesta área, de forma a adquirir as competências adequadas e específicas à função de cada um, com a sensatez e sensibilidade cultural a que os CP obrigam.¹⁷

Neste sentido, é essencial que os CP sejam integrados nos currículos de formação pré-graduada, na educação e treino pós-graduados e devem ser organizados programas de atualização para profissionais especializados em CP. O PEDCP 2017-2018 definiu os níveis de formação recomendados para Portugal, baseado nas recomendações da EAPC, do Conselho da Europa e da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Podem ser definidos três níveis de formação: formação básica (nível A), formação intermédia (nível B) e formação pós-graduada ou avançada (nível C) (*vide* Tabela 1).^{11,18,19} Cada nível de formação deverá estar adequado à natureza do contacto que o profissional tem diariamente com doentes com necessidades paliativas. Para além disso, deverá ser sempre seguida de treino prático com supervisão.

Tabela 1. Níveis de formação em Cuidados Paliativos recomendados para Portugal.

Nível de cuidados		Nível de formação
Abordagem paliativa	Básico	Formação básica – Nível A Programas/Atividades de formação com duração entre 18 e 45 horas. Pode ser lecionada através da formação pré-graduada ou através do desenvolvimento profissional contínuo. Destinatários: alunos e profissionais de saúde em geral.
	Generalista	Formação intermédia – Nível B Atividades de formação com duração entre 90 e 180 horas, lecionadas como pós-graduação ou através do desenvolvimento profissional contínuo. Destinatários: profissionais envolvidos com mais frequência em situações com necessidades paliativas (Oncologia, Medicina Interna, entre outras), mas que não têm os CP como foco principal do seu trabalho.
	CP especializados	Formação avançada – Nível C Doutoramento/Mestrado/Pós-graduação com mais de 280 horas, associado a estágios em unidades de reconhecida credibilidade. Lecionados como pós-graduação e reforçados por meio de desenvolvimento profissional. Destinatários: profissionais que exerçam funções em serviços cuja atividade principal é a prestação de CP, cuidando de doentes com necessidades complexas.

CP, Cuidados Paliativos.

Vários estudos demonstram que a principal barreira à implementação de CP é a ausência de formação e treino.^{20–22} Há atualmente um interesse cada vez maior de que existam profissionais com conhecimentos em CP. Por parte dos órgãos decisores da saúde em Portugal, tem havido investimento em formação de nível básico e intermédio para os profissionais do Sistema Nacional de Saúde.

Ao nível da formação pré-graduada, em 2019, apenas 25% dos cursos de Medicina e 70% de Enfermagem incluíam uma unidade curricular especialmente dedicada aos CP.²³ Estes dados evidenciam a longa jornada ainda a percorrer no que respeita à formação em CP no nosso país, particularmente em Medicina, estando cientes de que este investimento é das principais alavancas para a implementação precoce, acessível e global de CP à população.¹⁷

Com base nos pontos anteriormente abordados questiona-se até que ponto o tema é conhecido por especialistas que acompanham doentes com necessidades paliativas. Na revisão de literatura encontraram-se diversos estudos, em diferentes países, que foram realizados para compreender o nível de conhecimento sobre CP, chegando à conclusão que este é insuficiente na maioria dos profissionais de saúde e que pode constituir uma barreira à prestação de cuidados de qualidade.^{24–28} No estudo do Centro de Reumatologia de Cuba aplicado a médicos, 64,5% da amostra revelou ter baixos conhecimentos sobre CP e mais de metade reconheceu a necessidade de formação em CP na fase pós-graduada.²⁴ O estudo mexicano de Zarco, aplicou um questionário validado a médicos e enfermeiros verificando que 75% dos participantes possuía um nível aceitável de conhecimentos generalistas sobre CP.²⁷ Já o estudo japonês de Sato, que comparou o nível de conhecimento em enfermeiros hospitalares e na comunidade, identificou como área de maior dificuldade a do controlo sintomático. Para além disso, comprovou que o desempenho de funções na comunidade, a menor experiência em cuidados e o nível de formação específica mais baixa estavam significativamente relacionados com menos respostas corretas ao questionário avaliativo.²⁵

A nível nacional existe uma ausência de dados publicados acerca do que sabem os profissionais de saúde sobre CP, em que medida isso pode influenciar a prática dos mesmos e que necessidades formativas existem realmente. Contudo, encontram-se dois estudos desenvolvidos no âmbito de Mestrado em CP em Portugal que pretenderam avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde em CP, um em profissionais de enfermagem e outro de terapia ocupacional. Em ambos os estudos foi aplicado o mesmo questionário sendo que, o nível de conhecimento apurado foi, em média, suficiente. Também nos dois estudos a área com maior percentagem de respostas incorretas era referente aos sintomas físicos e os profissionais com formação específica em CP obtiveram melhores *scores* nas respostas corretas.^{29,30}

METODOLOGIA

METODOLOGIA

1. Tipo de estudo

Estudo quantitativo, descritivo, observacional e transversal. Foi realizado na área geográfica do Conselho de Sintra, no período entre maio e julho de 2018.

2. Objetivos

O presente trabalho pretende avaliar o conhecimento dos MF e internos de MGF do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Sintra sobre CP, de forma a identificar áreas deficitárias, investindo futuramente nas mudanças necessárias para a prática da Medicina Paliativa.

Neste sentido, tem como finalidade responder à questão de investigação:

Qual o nível de conhecimento dos MF sobre CP?

Os principais objetivos são:

1. Caracterizar o conhecimento sobre CP entre os MF inquiridos;
2. Identificar os fatores que condicionam o nível de conhecimento existente;
3. Identificar a perceção dos MF quanto ao seu conhecimento em CP;
4. Identificar a importância que os MF atribuem ao seu papel em CP;
5. Avaliar a necessidade de formação dos MF em CP.

3. Variáveis

Variáveis independentes: idade, género, local de atividade profissional, sector de atividade profissional, anos de experiência profissional, formação específica em CP e autoavaliação sobre CP.

Variáveis dependentes: conhecimentos relativos a CP.

4. Amostra

Amostra constituída pelos médicos e internos de MGF a exercer funções nas diversas unidades funcionais do ACES Sintra. O tipo de amostragem foi por conveniência, não probabilística.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: possuir endereço de correio eletrónico institucional, exercer funções médicas no ACES Sintra e aceitar participar no presente estudo, a partir do momento em que o participante preenchesse o questionário *online*, dando para isso o seu consentimento formal escrito (*vide* Anexo I).

5. Instrumento de colheita de dados

Para a obtenção de dados foi utilizado um questionário desenvolvido especificamente para o presente projeto. Na sua fase de elaboração não foi identificado nenhum questionário que englobasse todos os temas correspondentes ao nível básico de conhecimentos em CP, segundo as orientações da EAPC e que o autor do presente projeto assumiu estudar.^{18,31} Desta forma, o questionário desenvolvido baseou-se em dois questionários existentes e já aplicados em estudos anteriores referidos anteriormente,^{24,25} complementado com a revisão da literatura nacional e internacional e os objetivos propostos (*vide* Anexo II).¹⁹ No total, o questionário é composto por 40 perguntas fechadas – *verdadeiro; falso; não sei* – e duas questões de resposta aberta. Na sua apresentação ao participante está dividido em três partes:

Parte A - Oito questões relativas às características sociodemográficas, profissionais e de formação em CP;

Parte B - Quarenta questões relativas ao conhecimento geral sobre CP, de acordo com os conteúdos gerais e específicos propostos pela EAPC para a formação de nível básico;

Parte C - Duas questões de opinião relativas à importância dos MF nos CP e à autoavaliação acerca dos seus conhecimentos nesta área.

A compreensão do questionário foi avaliada com a realização de um *pilot* de forma a proceder a alterações de nível semântico antes do início do estudo. O *pilot* foi aplicado a uma amostra de 20 MF, imediatamente após a aprovação do presente projeto. Após o período de análise não foram reportadas alterações necessárias, nem críticas que levantassem a necessidade de revisão e melhoria do questionário inicial.

O questionário foi elaborado em formato digital, através da plataforma *Google Formulários*[®], sendo de preenchimento anónimo e autónomo. Desta forma, os dados obtidos não contemplaram a recolha de elementos identificativos, estando assim garantida a confidencialidade dos mesmos.

Para o envio do questionário *online* obteve-se a colaboração da direção clínica do ACES Sintra que procedeu ao seu envio através dos endereços de correio eletrónico institucional dos elementos da população. Os participantes tinham apenas de aceder ao *link* no email de convite, onde assinavam o seu consentimento informado e prosseguiam para questões propriamente ditas.

No sentido de diminuir o número de questionários excluídos por falta de dados, cada participante era obrigado a selecionar algum dos campos de resposta (*verdadeiro; falso; não sei*) por forma a prosseguir na resposta às perguntas.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (593/CES/2018) (Anexo III) onde está inserido o ACES Sintra, teve

o parecer positivo da Direção Clínica e Executiva do ACES Sintra (Anexo IV) e a colaboração da mesma na divulgação do questionário para recolha de dados (Anexo V).

6. Análise estatística

Para a análise estatística, recorreu-se ao *software* estatístico SPSS® 23.0 (*Statistical Package for Social Sciences*), utilizando-se parâmetros de estatística descritiva, com cálculos de frequências, nomeadamente para análise de escala nominal relativa às respostas no questionário (*verdadeiro, falso e não sei*). Para a avaliação de totais de respostas corretas utilizou-se média, desvio padrão, mínimo e máximo. Para testar as hipóteses em estudo, foi utilizada estatística inferencial:³²

- *t de student*: prova paramétrica que se utiliza com o objetivo de comparar dois grupos nos totais de respostas certas das dimensões e total do instrumento de recolha de dados. Os grupos que se compararam foram: género feminino vs. género masculino; médicos com formação em CP vs. médicos sem formação em CP; médicos com experiência em CP vs. médicos sem experiência em CP. O uso deste teste paramétrico foi possível dado haver normalidade (averiguada com o teste de Shapiro) nos grupos em comparação ou desvios pouco severos à normalidade ($SK < 3$ e $Ku < 7$) o que, segundo Kline, viabiliza o recurso a estatística paramétrica.
- *ANOVA ONE WAY*: prova paramétrica que se utiliza com o objetivo de comparar três ou mais grupos nos totais das dimensões e total do instrumento de recolha de dados. O estudo da normalidade revelou a existência de uma distribuição normal (averiguada com o teste de Shapiro) ou desvios pouco severos ($SK < 3$ e $Ku < 7$), quanto à homogeneidade de variâncias sempre que este requisito não estava disponível (averiguado através do teste de Levéne) efetuou-se uma correção usando a ANOVA de Welch. Este teste usou-se para comparar: unidade de trabalho.
- *Correlação de Pearson*: usou-se esta correlação paramétrica para correlacionar a variável idade dos médicos (que é quantitativa, dado se ter questionado a idade exata) e a variável quantitativa número de respostas corretas no questionário. Foi possível usar-se esta correlação paramétrica dado haver desvios pouco severos à normalidade.
- *Correlação de Spearman*: usou-se esta correlação não paramétrica para correlacionar variáveis ordinais (tempo de experiência profissional como MF, tempo de experiência em CP, nível de formação em CP e autoavaliação dos conhecimentos em CP) com a variável quantitativa número de respostas corretas no questionário.

No sentido de avaliar as magnitudes de correlação de *Pearson* e *Spearman* os coeficientes de correlação foram classificados como muito alto ($r = 0.90-1.00$), alto ($r = 0.70-0.90$), moderado ($r = 0.50-0.70$), baixo ($r = 0.30-0.50$) e muito baixo ($r < 0.30$).³³

RESULTADOS

RESULTADOS

1. Características sociodemográficas, profissionais e de formação em Cuidados Paliativos

No período de recolha de dados existiam no ACES Sintra 219 Médicos (médicos especialistas ou recém-especialistas em MGF:159; internos de MGF:60).²

No total, foram respondidos 80 questionários, todos considerados válidos para integrar a amostra e a análise.

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas, profissionais e de formação em CP da amostra.

Pode observar-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino, com idade média de 39,0 anos (intervalo, 24-65), exercia a sua atividade profissional no sector público em Unidades de Saúde Familiar (modelo A ou B), com uma experiência profissional até 10 anos.

No que respeita à área dos CP, a maioria dos participantes afirmou não ter formação na área e referiu como principal motivo a falta de tempo ou de oferta formativa. Da mesma forma, a maioria dos inquiridos não possuía experiência profissional em CP, e dos que referiram tê-la (26,3%), esta expressava-se sobretudo sob a forma de ações paliativas.

² Dados fornecidos pelo Departamento de Recursos Humanos do ACES Sintra a 23/07/2018, com conhecimento da Diretora Executiva em funções à data.

Tabela 2. Dados sociodemográficos, profissionais e de formação em Cuidados Paliativos (N=80).

Feminino, n (%)	64 (80,0%)
Idade, média (DP), anos; n (%)	39,0 (11,618), intervalo=24-65
24-33 anos	36 (45,0)
34-43 anos	21 (26,2)
44-53 anos	10 (12,5)
>53 anos	13 (16,3)
Sector de atividade profissional, n (%)	
Público	76 (95,0)
Privado	1 (1,3)
Parceria PP	1 (1,3)
Público/Parceria + Privado	2 (2,0)
Anos de experiência profissional, n (%)	
<5 anos	24 (30,0)
5-10 anos	25 (31,3)
11-15 anos	9 (11,3)
16-20 anos	18 (22,5)
21-25 anos	2 (2,5)
>26 anos	2 (2,5)
Unidade de trabalho, n (%)	
UCSP	10 (12,5)
USF modelo A	36 (45,0)
USF modelo B	32 (40,0)
Outro	2 (2,5)
Tem formação específica em CP? n (%)	
Sim	22 (27,5)
Não	58 (72,5)
Se sim, qual? n (%)	
Básica (18-45H)	10 (12,5)
Intermédia (90-180H)	2 (2,5)
Avançada (>200H; mestrado; doutoramento)	10 (12,5)
Se não, porquê? n (%)	
Pouca oferta formativa na área	20 (25,0)
Falta de tempo	28 (35,0)
Não teve conhecimento de formações na área	6 (7,5)
Não tem interesse pela área	4 (5,0)
Tem experiência profissional em CP? n (%)	
Sim	21 (26,3)
Não	59 (73,8)
Se sim, tipo? n (%)	
Ações Paliativas	11 (13,8)
Equipa Intra-hospitalar Suporte	1 (1,3)
Equipa Comunitária Suporte	7 (8,8)
Unidade/Serviço CP	2 (2,5)

DP, desvio padrão; CP, Cuidados Paliativos; H, horas; USF, Unidade de Saúde Familiar; UCSP, Unidade de Cuidados de Saúde Partilhados; Parceria PP, Parceria Público-Privada.

Como pode ser observado na Tabela 3, mais de metade dos participantes classificou o seu nível de conhecimento em CP como insuficiente ou suficiente, tanto no início de resposta ao questionário (45,0% e 33,8%, respetivamente) como na sua finalização (43,8% e 26,3%, respetivamente). Cerca de 91% dos participantes consideraram o papel do MF como muito ou extremamente importante (*vide* Tabela 4).

Tabela 3. Autoavaliação de conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).

	Início do questionário	Fim do questionário
Como classifica o seu nível de conhecimentos em CP?, n (%)		
Insuficiente	36 (45,0)	35 (43,8)
Suficiente	27 (33,8)	21 (26,3)
Bom	13 (16,3)	17 (21,3)
Muito bom	4 (5,0)	7 (8,8)
Excelente	0	0
CP, Cuidados Paliativos.		

Tabela 4. Importância do médico de família em Cuidados Paliativos (N=80).

Como classifica o papel do Médico de Família em CP?, n (%)	
Sem importância	0
Não muito importante	0
Um pouco importante	7 (8,8)
Muito importante	42 (52,5)
Extremamente importante	31 (38,8)
CP, Cuidados Paliativos.	

Quando se cruzam os dados relativos à autoavaliação de conhecimentos, à formação em CP e à importância atribuída ao papel do MF percebe-se que dos participantes que consideravam o papel do MF muito ou extremamente importante ($n=71$), 52 não tinham formação específica em CP e destes 29 avaliaram o seu conhecimento como insuficiente (*vide* tabela 5).

Tabela 5. Autoavaliação, formação e importância do médico de família em Cuidados Paliativos (N=80).

Como classifica o papel do Médico de Família em CP?			Com formação específica em CP?, n		
			Sim	Não	Total
Um Pouco Importante	Depois de responder a este questionário, como classifica o seu nível de conhecimentos?	Insuficiente	2	0	2
		Suficiente	3	0	3
		Bom	1	1	2
	Total		6	1	7
Muito Importante	Depois de responder a este questionário, como classifica o seu nível de conhecimentos?	Insuficiente	21	2	23
		Suficiente	6	4	10
		Bom	3	3	6
		Muito Bom	0	3	3
	Total		30	12	42
Extremamente Importante	Depois de responder a este questionário, como classifica o seu nível de conhecimentos?	Insuficiente	8	2	10
		Suficiente	7	1	8
		Bom	7	2	9
		Muito Bom	0	4	4
	Total		22	9	31
Total	Depois de responder a este questionário, como classifica o seu nível de conhecimentos?	Insuficiente	31	4	35
		Suficiente	16	5	21
		Bom	11	6	17
		Muito Bom	0	7	7
	Total		58	22	80
CP, Cuidados Paliativos.					

2. Avaliação do conhecimento em Cuidados Paliativos

De seguida, são apresentados os resultados das respostas ao questionário de avaliação de conhecimentos em CP (Tabela 6).

Na dimensão A – *Filosofia dos Cuidados Paliativos*, composta por nove questões, a maioria dos participantes respondeu de forma correta, sendo que as questões que reuniram maior número de respostas certas fizeram-no na totalidade dos participantes (A.1; A.2; A.6 e A.7) e as que menor percentagem de respostas acertadas obtiveram, conseguiram ainda assim, uma média de 77,5% da amostra (A.3 e A.7).

Relativamente à dimensão B – *Comunicação*, composta por quatro perguntas, as questões 2 e 4 obtiveram elevados *scores* de respostas acertadas (100% e 98,8%, respetivamente). De modo contrário, a primeira pergunta revelou maior número de respostas erradas, tendo a maioria dos participantes (48,8%) selecionado erradamente a resposta *verdadeiro* e os restantes se distribuído entre o desconhecimento do tema abordado (26,3%) ou respondido corretamente (25,0%). Esta questão afirmava intencionalmente que “os doentes deveriam ser *sempre* informados de forma clara sobre a morte iminente”.

A dimensão C – *Sintomas Gastrointestinais* era constituída por cinco questões, das quais quatro foram corretamente respondidas pela maioria dos participantes (intervalo, 70,0 a 93,8%). Também nesta dimensão, a pergunta C.3 parece ter suscitado dúvidas aos participantes revelando a maioria (45,0%) uma noção errada acerca do aporte calórico na fase terminal de doença.

O *Fim de vida/Agonia*, abordado na dimensão D (constituída por três questões), revelou bons conhecimentos em relação à sedação paliativa (questões 1 e 3), ao contrário da hidratação artificial em fase agónica (questão 2). De facto, esta última questão teve uma dispersão de percentagem de respostas muito pequena (*verdadeiro*=32,5%; *falso*=35,0%; *não sei*=32,5%) o que revela as incertezas sentidas pelos participantes na resposta ao questionário.

No campo dos *Sintomas Neurológicos*, dimensão E, foram colocadas quatro perguntas, às quais a maioria da amostra respondeu acertadamente, notando-se apesar de tudo *scores* de respostas corretas mais baixos (mínimo=50,0%).

No que respeita à dimensão F – *Sintomas Respiratórios*, foram verificadas respostas corretas na maioria dos participantes em todas as cinco questões que compunham esta dimensão. Apesar disso, as áreas da oxigenoterapia e aspiração de secreções em fase terminal obtiveram *scores* mais baixos de respostas certas (60,0% e 57,5%, respetivamente).

A dimensão G relativa à *Dor* era constituída por oito questões e revelou ser também das áreas do questionário com maior percentagem de respostas corretas em todas as questões (intervalo, 62,5 a 100%).

Finalmente, a dimensão H – *Vias de administração*, composta por duas questões, obteve consenso inequívoco na questão 2, com 100% de respostas acertadas, ao passo que a questão 1 foi apenas corretamente respondida por 50,0% da amostra.

Tabela 6. Respostas às oito dimensões do questionário sobre Cuidados Paliativos (N=80).

Questões	Verdadeiro	Falso	Não Sei	Total (%)
A) Filosofia dos Cuidados Paliativos, n (%)				
1. O objetivo dos Cuidados Paliativos é unicamente o tratamento da dor	0	80 (100)	0	100
2. Os Cuidados Paliativos iniciam-se nas últimas semanas de vida	0	80 (100)	0	100
3. Os Cuidados Paliativos e tratamentos com intuito curativo podem ser administrados simultaneamente	62 (77,5)	15 (18,8)	3 (3,8)	100
4. Os Cuidados Paliativos incluem apoio espiritual	74 (92,5)	2 (2,5)	4 (5,0)	100
5. Os Cuidados Paliativos incluem cuidados aos familiares/cuidadores do doente	77 (96,3)	1 (1,3)	2 (2,5)	100
6. Proporcionar cuidados terminais ou acesso a centros de Cuidados Paliativos é retirar toda a esperança do doente	0	80 (100)	0	100
7. Os Cuidados Paliativos só devem ser prestados a doentes cujo tratamento curativo já não é possível	14 (17,5)	62 (77,5)	4 (5,0)	100
8. A melhor forma de trabalhar com doentes com necessidades paliativas é em equipa interdisciplinar	80 (100)	0	0	100
9. Os Cuidados Paliativos mantêm-se, após a morte do doente, na assistência à família durante o luto	73 (91,3)	1 (1,3)	6 (7,5)	100
B) Comunicação, n (%)				
1. Os doentes deveriam ser sempre informados de forma clara sobre a morte iminente	39 (48,8)	20 (25,0)	21 (26,3)	100
2. A comunicação também funciona como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e no controlo de sintomas	80 (100)	0	0	100
3. Na transmissão de más notícias ao doente e família devem encobrir-se informações, factos e sentimentos	3 (3,8)	73 (91,3)	4 (5,0)	100
4. Em Cuidados Paliativos preconiza-se a conspiração do silêncio	0	79 (98,8)	1 (1,3)	100
C) Sintomas Gastrointestinais, n (%)				
1. Quando a obstipação provocada por opióides estiver tratada, os laxantes podem ser suspensos	13 (16,3)	57 (71,3)	10 (12,5)	100
2. Na fase paliativa da doença, a xerostomia pode ser aliviada com pastilhas elásticas/rebuçados, infusões frias e saliva artificial	67 (83,8)	2 (2,5)	11 (13,8)	100
3. Em doentes oncológicos, é necessário um aporte calórico superior na fase terminal da doença, em comparação com fases iniciais	19 (23,8)	36 (45,0)	25 (31,3)	100
4. Os corticosteróides podem melhorar o apetite nos doentes com cancro em fase avançada	56 (70,0)	5 (6,3)	19 (23,8)	100
5. Náuseas, vômitos e dispneia não são sintomas frequentes em Cuidados Paliativos	5 (6,3)	75 (93,8)	0	100
D) Fim de Vida/Agonia, n (%)				
1. Alguns doentes em fim de vida irão necessitar de sedação contínua para alívio do sofrimento	69 (86,3)	1 (1,3)	10 (12,5)	100
2. Quando a hidratação artificial é retirada, o doente poderá ter mais sintomas na fase de agonia/final	26 (32,5)	28 (35,0)	26 (32,5)	100
3. Quando se inicia a sedação paliativa, o tratamento da dor pode ser suspenso	5 (6,3)	60 (75,0)	15 (18,8)	100

Tabela 6. Respostas às oito dimensões do questionário sobre Cuidados Paliativos (N=80). (cont.)

Questões	Verdadeiro	Falso	Não Sei	Total (%)
E) Sintomas Neurológicos, n (%)				
1. Ansiedade e agitação são mais prevalentes em fases terminais de neoplasias do que noutras doenças crónicas terminais	10 (12,5)	45 (56,3)	25 (31,3)	100
2. Uma das características do <i>delirium</i> é que se desenvolve num curto espaço de tempo	40 (50,0)	19 (23,8)	21 (26,3)	100
3. O tratamento de depressão numa fase terminal não é útil	0	77 (96,3)	3 (3,8)	100
4. A morfina é frequentemente causa de delírio em doentes oncológicos em estado terminal	11 (13,8)	52 (65,0)	17 (21,3)	100
F) Sintomas Respiratórios, n (%)				
1. A oxigenoterapia é o tratamento mais apropriado para se iniciar em casos de dispneia em fase terminal	15 (18,8)	48 (60,0)	17 (21,3)	100
2. O tratamento mais apropriado de estertores terminais é a aspiração das secreções	14 (17,5)	46 (57,5)	20 (25,0)	100
3. A morfina deve ser utilizada para controlo da dispneia em doentes oncológicos	53 (66,3)	12 (15,0)	15 (18,8)	100
4. A saturação periférica de oxigénio correlaciona-se diretamente com o nível de dispneia	10 (12,5)	65 (81,3)	5 (6,3)	100
5. Terapêutica anticolinérgica ou escopolamina são eficazes na redução da quantidade de secreções nas vias aéreas dos doentes agónicos	57 (71,3)	2 (2,5)	21 (26,3)	100
G) Dor, n (%)				
1. A dor é um sintoma que, na maioria das vezes, é subvalorizado e subtratado	80 (100)	0	0	100
2. É importante aguardar o máximo de tempo possível para iniciar opióides fortes, por forma a reservá-los para a dor muito intensa	2 (2,5)	78 (97,5)	0	100
3. Quando os opióides estão a ser utilizados para controlo da dor, numa dose regular, os anti-inflamatórios não devem ser utilizados	16 (20,0)	50 (62,5)	14 (17,5)	100
4. O uso prolongado de opióides causa frequentemente adição	14 (17,5)	58 (72,5)	8 (10,0)	100
5. O uso de opióides não influencia o tempo de sobrevivência	53 (66,3)	11 (13,8)	16 (20,0)	100
6. Quando os opióides são utilizados de forma continuada, a depressão respiratória é comum	6 (7,5)	64 (80,0)	10 (12,5)	100
7. A dor total compreende aspetos multidimensionais (físicos, psicológicos, sociais e espirituais)	79 (98,8)	1 (1,3)	0	100
8. Para o alívio da dor, em Cuidados Paliativos, o profissional de saúde deve recorrer apenas a medidas farmacológicas	0	79 (98,8)	1 (1,3)	100
H) Vias de Administração, n (%)				
1. A via de eleição para administração de terapêutica é a via oral	40 (50,0)	29 (36,3)	11 (13,8)	100
2. A via de administração de terapêutica ideal é aquela que sendo rápida e eficaz na sua ação provoca o menor sofrimento possível	80 (100)	0	0	100
Os números marcados a negrito representam as respostas corretas à questão correspondente.				

Tabela 7. Respostas corretas em cada dimensão e no total do questionário (N=80).

Questões, (n)	Mínimo	Máximo	Média (DP)	Média de respostas corretas (%)
A) Filosofia dos Cuidados Paliativos, (9)	4,00	9,00	8,40 (0,99)	93,33
B) Comunicação, (4)	2,00	4,00	3,48 (0,55)	87,00
C) Sintomas Gastrointestinais, (5)	2,00	5,00	4,07 (0,90)	81,40
D) Fim de Vida/Agonia, (3)	1,00	3,00	2,48 (0,57)	82,67
E) Sintomas Neurológicos, (4)	2,00	4,00	3,24 (0,62)	81,00
F) Sintomas Respiratórios, (5)	1,00	5,00	3,89 (1,21)	77,80
G) Dor, (8)	5,00	8,00	7,17 (0,81)	89,63
H) Vias de Administração, (2)	1,00	2,00	1,50 (0,50)	75,00
Total do questionário, (40)	27,00	40,00	34,23 (3,21)	85,58
DP, desvio padrão.				

Pela leitura da Tabela 7 verifica-se que, em média, os médicos responderam corretamente a 34,23 questões, havendo mesmo quem acertasse em todas. Na análise isolada das dimensões, os resultados são consideravelmente bons dado que a média de percentagem de acerto é superior a setenta e cinco por cento. As dimensões que reuniram melhores scores foram, por ordem decrescente, a de filosofia dos CP, dor e comunicação. As dimensões com menos *score* de respostas certas são a de sintomas respiratórios (média de 3,89 respostas certas em cinco questões, o que corresponde a uma média de percentagem de acerto de 77,8%) e a de vias de administração (média de 1,50 respostas certas em 2 questões, o que equivale a 75,0% de *score* total nesta dimensão).

De seguida, tentou-se avaliar a existência de relação entre conhecimentos em CP e variáveis como género, idade, sector de atividade profissional, unidade de trabalho, formação em CP, experiência em CP, autoavaliação dos conhecimentos em CP e anos de experiência profissional em Medicina.

A Tabela 8 relaciona a variável género com os conhecimentos em CP mostrando diferenças estatisticamente significativas para a dimensão C – *Sintomas Gastrointestinais* onde os participantes do género feminino responderam acertadamente a mais questões. No entanto, na totalidade do questionário, não se verificaram diferenças significativas.

A Tabela 9 mostra a existência de uma correlação extremamente significativa negativa baixa entre a idade e o conhecimento demonstrado na dimensão de sintomas respiratórios ($r = -0,411$, $p = 0,000$) e uma correlação significativa negativa muito baixa em relação ao total de respostas corretas do questionário ($r = -0,234$, $p = 0,038$). Estes dados revelam que quanto maior a idade dos médicos, menores os conhecimentos nesta dimensão e em todo o questionário.

Tabela 8. Género vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).

Questões, (n)	Género		<i>t</i> [*]	Valor <i>p</i>
	feminino (n=64)	masculino (n=16)		
	Média (DP)	Média (DP)		
A) Filosofia dos Cuidados Paliativos, (9)	8,36 (1,044)	8,56 (0,727)	-0,733	0,466
B) Comunicação, (4)	3,53 (0,534)	3,25 (0,577)	1,856	0,067
C) Sintomas Gastrointestinais, (5)	4,19 (0,852)	3,63 (0,957)	2,304	0,024
D) Fim de Vida/Agonia, (3)	2,50 (0,591)	2,38 (0,500)	0,778	0,439
E) Sintomas Neurológicos, (4)	3,28 (0,654)	3,06 (0,443)	1,590	0,121
F) Sintomas Respiratórios, (5)	3,95 (1,227)	3,63 (1,147)	0,968	0,336
G) Dor, (8)	7,23 (0,751)	6,94 (0,998)	1,321	0,190
H) Vias de Administração, (2)	1,48 (0,504)	1,56 (0,512)	-0,553	0,582
Total do questionário, (40)	34,53 (3,132)	33,00 (3,327)	1,728	0,088

DP, desvio padrão.

^{*} *t student*.Média (DP) relativos a número de respostas corretas; valores de $p \leq 0,05$ marcados a negrito.

Tabela 9. Idade vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).

Questões, (n)	Como classifica o seu nível de conhecimentos em CP?	
	<i>r</i> [*]	Valor <i>p</i>
A) Filosofia dos Cuidados Paliativos, (9)	0,181	0,110
B) Comunicação, (4)	-0,048	0,674
C) Sintomas Gastrointestinais, (5)	-0,174	0,126
D) Fim de Vida/Agonia, (3)	-0,108	0,345
E) Sintomas Neurológicos, (4)	-0,167	0,142
F) Sintomas Respiratórios, (5)	-0,411	0,000
G) Dor, (8)	-0,102	0,372
H) Vias de Administração, (2)	-0,007	0,954
Total do questionário, (40)	-0,234	0,038

CP, Cuidados Paliativos.

^{*} Coeficiente de correlação de Pearson.Valores de $p \leq 0,05$ marcados a negrito.

No que respeita à formação em CP, em média, os participantes com formação responderam acertadamente a cerca de 37 perguntas, enquanto que aqueles sem formação responderam a cerca de 33 perguntas (*vide* Tabela 10), sendo esta diferença significativa, para $p \leq 0,05$, para o total do questionário.

Para além disso, o teste *t de student* revelou ainda a existência de diferenças significativas nas dimensões A, C, D, E, F e H, isto é, médicos com formação em CP obtiveram melhores conhecimentos nestas áreas, conforme a Tabela 10.

Tabela 10. Formação vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).

Questões, (n)	Com formação (n=22)	Sem formação (n=58)	<i>t</i> [*]	Valor <i>p</i>
	Média (DP)	Média (DP)		
A) Filosofia dos Cuidados Paliativos, (9)	8,73 (0,550)	8,28 (1,089)	-2,440	0,017
B) Comunicação, (4)	3,50 (0,512)	3,47 (0,569)	-0,249	0,804
C) Sintomas Gastrointestinais, (5)	4,45 (0,671)	3,93 (0,934)	-2,400	0,019
D) Fim de Vida/Agonia, (3)	2,68 (0,568)	2,40 (0,560)	-2,027	0,046
E) Sintomas Neurológicos, (4)	3,55 (0,598)	3,12 (0,595)	-2,851	0,006
F) Sintomas Respiratórios, (5)	4,68 (0,568)	3,59 (1,257)	-5,352	0,000
G) Dor, (8)	7,36 (0,790)	7,10 (0,810)	-1,292	0,200
H) Vias de Administração, (2)	1,68 (0,477)	1,43 (0,500)	-2,073	0,045
Total do questionário, (40)	36,64 (2,479)	33,31 (2,987)	-4,646	0,000

DP, desvio padrão.

^{*} *t student*.Média (DP) relativos a número de respostas corretas; valores de $p \leq 0,05$ marcados a negrito.

Na Tabela 11 está demonstrada a relação entre o nível de formação em CP (Básica/Intermédia/Avançada) e os conhecimentos em CP havendo correlações significativas positivas baixas na dimensão de *Sintomas Respiratórios* ($r_s = 0,435$, $p = 0,043$), na dimensão da dor ($r_s = 0,426$, $p = 0,048$), bem como, no total do questionário ($r_s = 0,484$, $p = 0,023$). Pode concluir-se que quanto maior o nível de formação em CP maiores os conhecimentos dos médicos nestas dimensões e em todo o questionário.

Tabela 11. Nível de formação (Básica/Intermédia/Avançada) em Cuidados Paliativos vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=22).

Questões, (n)	Nível de formação	
	<i>r</i> _s [*]	Valor <i>p</i>
A) Filosofia dos Cuidados Paliativos, (9)	0,026	0,910
B) Comunicação, (4)	0,095	0,673
C) Sintomas Gastrointestinais, (5)	0,296	0,181
D) Fim de Vida/Agonia, (3)	0,304	0,168
E) Sintomas Neurológicos, (4)	0,313	0,156
F) Sintomas Respiratórios, (5)	0,435	0,043
G) Dor, (8)	0,426	0,048
H) Vias de Administração, (2)	0,102	0,650
Total do questionário, (40)	0,484	0,023

^{*} Coeficiente de correlação de Spearman.Valores de $p \leq 0,05$ marcados a negrito.

A análise estatística revelou a existência de uma diferença significativa entre médicos com experiência e médicos sem experiência em CP no total do questionário, para $p \leq 0,01$, com uma média de acerto nas perguntas efetuadas de 37,14 e 33,19, respetivamente. Como se pode verificar na Tabela 12, este teste revelou ainda diferenças estatisticamente significativas em cinco dimensões (C, D, E, F e G), revelando os médicos com experiência em CP melhores conhecimentos face aos restantes.

Tabela 12. Experiência em Cuidados Paliativos vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).

Questões, (n)	Com experiência em CP (n=21)	Sem experiência em CP (n=59)		
	Média (DP)	Média (DP)	<i>t</i> *	Valor <i>p</i>
A) Filosofia dos Cuidados Paliativos, (9)	8,67 (0,658)	8,31 (1,071)	-1,806	0,076
B) Comunicação, (4)	3,52 (0,512)	3,46 (0,567)	-0,471	0,639
C) Sintomas Gastrointestinais, (5)	4,67 (0,483)	3,86 (0,918)	-5,033	0,000
D) Fim de Vida/Agonia, (3)	2,81 (0,402)	2,36 (0,580)	-3,916	0,000
E) Sintomas Neurológicos, (4)	3,57 (0,598)	3,12 (0,590)	-3,011	0,004
F) Sintomas Respiratórios, (5)	4,52 (1,209)	3,66 (1,139)	-2,934	0,004
G) Dor, (8)	7,76 (0,436)	6,97 (0,809)	-4,281	0,000
H) Vias de Administração, (2)	1,62 (0,498)	1,46 (0,502)	-1,267	0,209
Total do questionário, (40)	37,14 (2,242)	33,19 (2,850)	-5,752	0,000

CP, Cuidados Paliativos; DP, desvio padrão.

* *t student*.Média (DP) relativos a número de respostas corretas; valores de $p \leq 0,05$ marcados a negrito.

Da análise dos resultados não foi encontrada nenhuma relação estatisticamente significativa entre o nível de conhecimentos em CP e: o número de anos de experiência profissional em Medicina; o número de anos de experiência em CP e o tipo de experiência em CP (ações paliativas, equipa intra-hospitalar, equipa comunitária ou unidade de CP).

Existem correlações significativas positivas entre a avaliação que os médicos realizaram acerca dos seus conhecimentos em CP e os conhecimentos apurados no total do questionário e em algumas das suas dimensões (C, F e G). No total do questionário, os médicos mostraram que quanto maior a sua classificação quanto à autoavaliação, melhores os *scores* de conhecimentos obtidos, sendo esta correlação significativa para $p \leq 0,01$ e baixa ($r_s = 0,470$) (*vide* Tabela 13).

Tabela 13. Autoavaliação dos conhecimentos em Cuidados Paliativos vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).

Questões, (n)	Como classifica o seu nível de conhecimentos em CP?	
	<i>r</i> _s *	Valor <i>p</i>
A) Filosofia dos Cuidados Paliativos, (9)	0,169	0,135
B) Comunicação, (4)	-0,070	0,539
C) Sintomas Gastrointestinais, (5)	0,298	0,007
D) Fim de Vida/Agonia, (3)	0,198	0,078
E) Sintomas Neurológicos, (4)	0,180	0,110
F) Sintomas Respiratórios, (5)	0,476	0,000
G) Dor, (8)	0,308	0,006
H) Vias de Administração, (2)	0,072	0,523
Total do questionário, (40)	0,470	0,000

CP, Cuidados Paliativos.

* Coeficiente de correlação de Spearman.

Valores de $p \leq 0,05$ marcados a negrito.

Relativamente aos conhecimentos apurados no total do questionário, não se encontraram diferenças significativas entre as unidades de trabalho dos médicos, estando as médias de respostas certas entre 33,53 e 34,90, como se pode observar na Tabela 14. A única dimensão onde esta diferença foi verificada, para $p \leq 0,05$, foi na dimensão dos *Sintomas Gastrointestinais*. Neste caso, o teste *Post Hoc LSD (Least Significant Difference)* revelou uma diferença significativa entre os

médicos que trabalham em USF modelo A e modelo B, tendo os médicos de modelo A menor média de respostas corretas.

Tabela 14. Unidade de trabalho vs. conhecimentos em Cuidados Paliativos (N=80).

Questões, (n)	UCSP (n=10)	USF A (n=36)	USF B (n=32)		
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	F*	Valor p
A) Filosofia dos Cuidados Paliativos, (9)	8,90 (0,316)	8,17 (1,159)	8,47 (0,879)	2,396	0,098
B) Comunicação, (4)	3,20 (0,422)	3,50 (0,609)	3,50 (0,508)	1,302	0,278
C) Sintomas Gastrointestinais, (5)	4,20 (0,632)	3,75 (0,967)	4,40 (0,756)	5,181	0,008
D) Fim de Vida/Agonia, (3)	2,50 (0,527)	2,53 (0,506)	2,44 (0,619)	0,225	0,799
E) Sintomas Neurológicos, (4)	3,20 (0,422)	3,14 (0,543)	3,38 (0,707)	1,322	0,273
F) Sintomas Respiratórios, (5)	4,00 (0,943)	3,69 (1,261)	4,09 (1,201)	0,977	0,381
G) Dor, (8)	7,20 (0,919)	7,25 (0,806)	7,13 (0,707)	0,217	0,805
H) Vias de Administração, (2)	1,50 (0,527)	1,50 (0,507)	1,50 (0,508)	0,000	1,000
Total do questionário, (40)	34,70 (2,627)	33,53 (3,317)	34,90 (2,821)	1,869	0,161

DP, desvio padrão; UCSP, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; USF A, Unidade de Saúde Familiar modelo A; USF B, Unidade de Saúde Familiar modelo B.

*ANOVA *one way*.

Média (DP) relativos a número de respostas corretas; valores de $p \leq 0,05$ marcados a negrito.

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar os conhecimentos em CP de MF ou internos de MGF bem como perceber a existência da possível relação entre estes conhecimentos e variáveis sociodemográficas, profissionais e de autoavaliação de cada participante.

A literatura internacional existente é escassa ou difere nos objetivos e âmbito do presente estudo. No que respeita à avaliação de conhecimentos em CP vários são os estudos desenvolvidos em diversos serviços hospitalares, com amostras multidisciplinares, ou aplicados em níveis de CSP a profissionais de enfermagem. Por outro lado, a maioria da evidência existente avalia os conhecimentos dos MF através de estudos qualitativos com pequenas amostras de médicos. Desta forma, os resultados da presente dissertação são maioritariamente comparados a estudos internacionais com amostras que, por vezes, diferem no grupo profissional/especialidade médica estudados.

De seguida, discutem-se os aspetos mais relevantes em termos de achados nesta dissertação:

1. Características sociodemográficas, profissionais e de formação em Cuidados Paliativos

Relativamente às características sociodemográficas, profissionais e de formação da amostra, destacam-se os seguintes pontos mais relevantes:

1. A amostra estudada, constituída por médicos especialistas ou internos de MGF, representou apenas 36,5% do total de médicos do ACES Sintra. Desta forma, a sua representatividade não pode ser afirmada.
2. A maioria da amostra, era constituída por elementos do género feminino o que vai de encontro a estudos internacionais publicados.^{27,34,35} Esta maioria feminina também se coaduna com os dados nacionais fornecidos pelo INE em 2018, que contabilizavam mais médicos do género feminino (55,3%).³⁶
3. A idade média (DP) em anos dos participantes [39,0 (11,618)] também se alinou com a de estudos semelhantes publicados.^{28,34,35} A maioria da amostra (71,2%) tinha entre 24 e 43 anos, tratando-se portanto de uma amostra jovem, sendo que 61,3% possuía ≤ 10 anos de experiência profissional. Face à idade mais jovem da amostra poderá ter existido uma maior facilidade na resposta ao questionário *online*.
4. Quanto à formação em CP, a maioria da amostra não possuía qualquer tipo de formação específica (72,5%), apresentando como principal motivo a falta de tempo ou de oferta formativa na área. Tais resultados são consistentes com outros estudos similares que apontam estas causas como as principais barreiras ao envolvimento dos MF no cuidado a doentes com

necessidades paliativas.^{20,21} A elaboração de programas de formação adequados e direcionados aos MF e internos de MGF – que preconizam o treino de competências e o aumento de conhecimento prático –, está fortemente relacionada com a confiança e a motivação dos profissionais para o início e implementação de CP à população, ainda que num nível básico de abordagem paliativa.²⁰

5. Quando pedida aos participantes a sua autoavaliação sobre conhecimentos em CP, mais de metade identificam-nos como insuficientes ou suficientes na pergunta inicial do questionário. Estes dados apresentam uma variação positiva (apesar de ligeira) face à mesma pergunta quando respondida no final do questionário, já que se constata uma diminuição do valor absoluto de participantes que responderam *insuficiente* e *suficiente*, com consequente aumento nas autoavaliações de *bom* e *muito bom*. Tal achado poderá estar relacionado com a revisão teórica que cada participante pode ter realizado ao longo do preenchimento do seu questionário em temas deficitários sobre CP, aumentando a sua autoconfiança em cada tema.
6. A maioria dos participantes (91,3%) considerou como *muito importante* ou *extremamente importante* o papel do MF em CP. De facto, os MF encontram-se em posição privilegiada no cuidado a doentes com necessidades paliativas pelo conhecimento prévio que possuem sobre os mesmos e as suas famílias e pela relação de confiança construída ao longo dos anos de acompanhamento global à pessoa para além do modelo patológico.^{16,20}

Por outro lado, quando se relacionam estes dados com a formação e a autoavaliação de conhecimentos em CP verifica-se que, deste grupo maioritário (91,3%), 52 participantes não tinham formação específica em CP e destes 29 avaliaram o seu conhecimento como insuficiente. Estamos, portanto, perante um conjunto de médicos sensível à importância da Medicina Paliativa e com uma necessidade implícita de formação na área. Este facto poderá constituir uma importante alavancagem à elaboração de um plano de formação futuro dirigido a esta população.

2. Avaliação do conhecimento em Cuidados Paliativos

1. Da análise de respostas ao questionário verificou-se que, no total, a média de respostas corretas foi elevada (85,58%) do que se pode inferir um bom nível de conhecimentos básicos sobre CP na amostra estudada. De referir que 2,5% dos participantes acertaram em todas as questões. Estes resultados podem dever-se ao facto de existirem dez participantes com formação avançada em CP e, igualmente, por se tratar de uma amostra jovem, com médicos recém-especialistas ou em formação de especialidade de MGF, em cujo internato de formação específica permite a escolha de estágios opcionais em CP, uma escolha cada vez mais frequente entre internos de MGF.

2. No que diz respeito à análise isolada das oito dimensões estudadas, observou-se que os participantes possuem sólidas noções sobre as seguintes áreas: *Filosofia dos CP*; *Abordagem da Dor* e *Comunicação*, o que se alinha com os estudos publicados.^{35,37,38}

Assim, analisando cada dimensão *per si*:

- a. *Filosofia dos CP*: sobre esta dimensão, importa destacar a clara e correta noção que os participantes revelam sobre a apropriada altura para o início de cuidados à pessoa doente, verificando-se uma boa percentagem de acerto às questões que abordavam esta temática (A.3 e A.7). Atualmente, existe evidência sólida sobre os benefícios da precocidade do acompanhamento em CP em conjunto com tratamentos oncológicos ativos, sobretudo ao nível do aumento da sobrevida e da melhoria de da depressão.^{39,40} A inequívoca evidência sobre esta área suporta a introdução da precocidade da intervenção paliativa no acompanhamento a doentes oncológicos sob tratamento oncológico ativo na nova definição de CP publicada pela IAHPC.³
 - b. *Dor*: verifica-se um bom conhecimento geral sobre a dor, nomeadamente em relação aos mitos frequentemente associados a este tema e que tantas vezes interferem na adesão terapêutica, no eficaz controlo analgésico e na melhoria da qualidade de vida dos doentes que padecem de dor crónica não controlada (questões G.4 e G.5).
 - c. *Comunicação*: apesar de verificar-se um score total de 87%, revelando uma positiva avaliação global desta dimensão; 75,1 % dos participantes revelaram incertezas relativamente à comunicação de prognóstico (questão B.1). A comunicação de más notícias desperta frequentemente ansiedade e receio por parte dos profissionais de saúde. Na verdade, quando inquirida, a população médica refere necessidade de treino de comunicação com doentes/famílias, sobretudo na área dos CP.²⁰
3. Apesar de verificado um bom nível geral de conhecimentos em CP, algumas dimensões do questionário mostraram menor percentagem de acerto às questões, conforme se destaca abaixo:
- a. *Sintomas Respiratórios*: nesta dimensão, vários temas apresentaram percentagem de acerto de respostas inferior a 70%, nomeadamente no que se refere à oxigenoterapia; à abordagem às secreções respiratórias e à utilização de morfina. Num estudo recente, realizado num hospital geriátrico vietnamita,³⁵ a área da intervenção terapêutica sobre a dispneia foi igualmente a que menor conhecimento revelou. Num outro estudo qualitativo realizado a MF na Índia,³⁸ a gestão de sintomas – de entre os quais a dispneia –, foi referida como a área de menor nível de conhecimento.
 - b. *Vias de administração*: nesta secção, a percentagem de respostas corretas à primeira questão (versando sobre a via de eleição para administração de terapêutica) foi de apenas 50,0%, o que pode dever-se à ambiguidade presente na questão. Assim,

afirmar que a via de eleição é apenas a via oral, poderá ter induzido um confundimento na resposta dos participantes.

4. Nas questões que abordaram o tema da nutrição (C.3) e hidratação (D.2) em fim de vida também se verificou alguma incerteza nas respostas, sendo que a maioria dos participantes respondeu erradamente ou *não sei*. Na intervenção multidisciplinar em Medicina Paliativa, estes são dois dos temas mais sensíveis na tríade relacional doente-família-profissional de saúde. Tal deve-se a diversos fatores, sendo que o cultural é um dos mais apontados pela literatura existente.⁴¹ Culturalmente, o ser humano aprende a associar aos alimentos e à água a sua vida e sobrevivência e, por outro lado, o cuidado aos que ama e cuida. A diminuição de conhecimento ou as percepções erróneas relacionadas com a nutrição/hidratação medicamente assistidas apresentam um papel fulcral na decisão de iniciar ou suspender o suporte nutricional artificial.^{41,42} Desta forma, é necessário investir na formação pré e pós graduada destes temas, facilitando o processo de decisão clínica eticamente suportado e clinicamente justificado na melhor evidência disponível.
5. De entre as dimensões constando do questionário a que se refere aos *sintomas neurológicos* foi a terceira com menor cotação média, destacando-se a necessidade de formação em sintomas específicos como o *delirium*.
6. No que respeita ao impacto das variáveis estudadas no nível de conhecimento dos participantes, salientam-se os seguintes aspetos mais relevantes:
 - a. Na totalidade do questionário, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o género e o conhecimento em CP,^{35,43} exceto na dimensão referente sintomas gastrointestinais onde as mulheres responderam acertadamente a mais questões do que os homens.
 - b. Quanto maior a idade dos médicos, menores os conhecimentos gerais em todo o questionário, o que contraria os resultados do estudo de Thanh *et al.*, onde a idade mais avançada mostrou estar diretamente relacionada com o maior conhecimento em CP.³⁵
 - c. Os participantes com formação em CP mostraram possuir mais conhecimentos do que os que não possuíam qualquer tipo de formação, o que é consistente com estudos anteriores.^{37,43} O mesmo se pôde confirmar em relação ao nível de formação e à experiência profissional em CP, onde também foram observadas relações estatisticamente significativas.
 - d. Os anos de experiência médica geral mostraram não ajudar a reunir conhecimentos nas áreas específicas de CP avaliadas. Neste âmbito, os estudos internacionais existentes diferem nos resultados relativamente ao efeito que a experiência profissional tem na consolidação de conhecimentos em CP, havendo os que mostram existência de correlação³⁵ e os que a negam⁴³.

- e. Observou-se uma correlação significativa e positiva entre os conhecimentos demonstrados no questionário e a autoavaliação de conhecimentos dos participantes.
 - f. A unidade de saúde onde cada participante exerce a sua atividade profissional não mostrou efeito significativo nos conhecimentos em CP.
7. Comparativamente aos estudos realizados em Portugal que avaliam o conhecimento em CP de enfermeiros e terapeutas ocupacionais^{29,30} – aplicando o mesmo questionário aqui apresentado mas adaptado ao respetivo grupo profissional –, a presente dissertação apresenta – por parte da amostra de participantes médicos – melhores percentagens de respostas certas em todas as dimensões e no total do questionário (média de percentagem de acerto: terapeutas ocupacionais=47,7% vs. enfermeiros=69,2% vs. MF=85,6%, respetivamente).^{29,30} Tal pode, provavelmente, explicar-se pelas diferenças que existem nas competências e responsabilidades clínicas entre cada uma destas profissões da área da saúde, corroborando os estudos de Makhoulf *et al.* e Thanh *et al.*^{35,44}
8. A nível internacional, a evidência científica é consensual afirmando que a falta de conhecimentos sobre CP constitui uma das principais barreiras à sua implementação na prática clínica.^{20,21} No nosso estudo, não foi avaliado o envolvimento clínico-prático diário em CP pelos participantes, mas foi identificada uma baixa percentagem de clínicos com formação em Medicina Paliativa. O que se encontra de acordo com a baixa oferta formativa do ACES Sintra nesta área específica. Por outro lado, sabe-se que a formação está positivamente correlacionada com maior nível de conhecimento^{43,45} e programas estruturados de formação em CP permitem um incremento na prática de ações paliativas,²⁰ assim como uma alteração das crenças e mitos associados a este tema.⁴⁶

3. Limitações do estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser devidamente expostas para a melhor interpretação dos resultados obtidos.

A primeira limitação prende-se com a pequena dimensão amostral. Este facto, limita a generalização dos resultados alcançados à população nacional de MF ou a outras realidades clínicas de outros ACES. Para além disso, por se tratar de uma amostra de conveniência, os participantes poderão ter sentido maior curiosidade na resposta a um tema de interesse pessoal e clínico, enviesando de certa forma alguns dos resultados alcançados.

Adicionalmente, a utilização de um questionário *online* autónomo, anónimo e sem tempo limite a um tempo mínimo de preenchimento poderá ter permitido a cada participante uma pesquisa aos temas se maior insegurança, introduzindo, possivelmente, uma sobrestimação de respostas e resultados em algumas áreas avaliadas. Ainda relativamente ao questionário, o mesmo foi desenvolvido mediante consulta de literatura nacional e internacional, contudo não foi sujeito a uma metodologia de validação, para além do período de *pilot*.

Finalmente, o instrumento de recolha de dados contemplou diversas dimensões da prática clínica, contudo – e compreensivelmente –, não foi possível abranger por completo a multiplicidade de áreas fundamentais que os CP integram e preconizam como fundamentais ao cuidado holístico à pessoa em sofrimento. Tais lacunas deverão ser tidas em conta em estudos futuros para uma melhor e mais abrangente compreensão do conhecimento em CP por parte dos profissionais de saúde que neles exercem a sua função.

4. Perspetivas futuras

Tendo em conta os resultados obtidos e as limitações identificadas sugere-se:

1. Alargar a caracterização epidemiológica do nível de conhecimento dos MF a outras zonas de Portugal de modo a reunir uma perspetiva realista, atual e abrangente das necessidades formativas nacionais.
2. Proceder à validação do questionário utilizado para a sua futura aplicabilidade rigorosa e transversal junto a profissionais de saúde na área da MGF. Após esse passo, julgamos possível utilizar um instrumento de fácil utilização para o levantamento de necessidades formativas, para a construção e avaliação de melhores e mais adaptados programas de formação em CP.
3. Delinear um plano formativo em CP para os profissionais médicos do ACES Sintra, que promova o conhecimento nesta área da saúde e, tendo particular enfoque nos temas identificados com mais deficitários. Este plano deverá contemplar o treino de competências práticas e atitudes, devendo, desejavelmente, ser continuado ao longo dos anos da formação específica dos internos de MGF e da formação contínua dos MF especialistas e recém-especialistas.

Para além do exposto acima, pretende-se elaborar e submeter os resultados desta tese a publicação em revista indexada com *peer review*.

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

No melhor do nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que avalia o nível de conhecimento em CP de MF e internos de MGF em Portugal. As suas principais conclusões apontam para o seguinte:

1. Os MF e internos de MGF inquiridos revelaram um bom nível de conhecimentos gerais sobre CP, destacando-se as áreas *Filosofia e Comunicação nos CP e Abordagem da Dor*.
2. A idade correlacionou-se negativamente com o nível de conhecimentos em CP, revelando que quanto maior a idade menor o acerto às questões do questionário. De forma contrária, a formação e a experiência em CP mostraram estar significativamente relacionadas com melhores conhecimentos sobre Medicina Paliativa. O género, a experiência médica geral, o tipo de unidade de saúde e o tipo de contacto com os CP mostraram não contribuir para um nível mais elevado de conhecimento.
3. A maioria dos participantes consideraram o seu conhecimento em CP como *insuficiente* ou *suficiente*, tendo sido identificada uma correlação significativa e positiva com o nível de conhecimento apurado. Deste modo, este estudo possibilitou a cada participante uma autoidentificação das suas necessidades formativas, esperando que tal encontro de necessidades seja motor para a procura de formação credenciada e sustentada na área de CP.
4. A maioria da amostra atribui um grau de importância elevado ao papel dos MF em CP o que demonstra quão sensibilizados poderão estar os participantes a esta temática e, por esta razão, quão recetivos poderão estar face à sua formação e treino.
5. Foram identificadas necessidades formativas específicas em CP, nomeadamente nas áreas do conhecimento sobre *sintomas respiratórios, vias de administração de fármacos, hidratação e nutrição em fim de vida e sintomas neurológicos*. Desta forma, e tomando estes dados como essenciais, torna-se imperativo o desenho de um plano formativo contínuo e adaptado aos MF do ACES Sintra por forma a proporcionar-lhes os conhecimentos e competências em CP necessários a uma intervenção cientificamente fundamentada, técnica e humanamente aperfeiçoada e que vá ao encontro das necessidades da população que servem.
6. Conclui-se ainda de forma geral que, muito mais relevante que os resultados alcançados, o presente estudo ajuda na construção de uma Medicina cada vez mais humanizada, onde a relação MF-doente ultrapasse a mera intenção de curar e alcance a conceção mais digna do ser humano em todos os momentos da sua vida. Consideramos que esta última conclusão será o início de um futuro mais seguro e melhorado na atenção à pessoa em fim de vida e suas famílias, quando cuidados pelos seus MF.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Palliative Care. OMS [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 15]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>
2. EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Eur J Palliat CARE [Internet]. 2009 [cited 2018 Jun 7];16(6):280, 284, 287. Available from: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3D&tabid=735>
3. International Association for Hospice & Palliative Care. Consensus Based Palliative Care Definition [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 10]. Available from: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
4. Jacobs JM, Greer J, El-Jawahri A, Nipp RD, Gallagher ER, Pirl WF, et al. The positive effects of early integrated palliative care on patient coping strategies, quality of life, and depression. In: Journal of Clinical Oncology [Internet]. American Society of Clinical Oncology; 2017 [cited 2019 Aug 28]. Available from: http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2017.35.31_suppl.92
5. Maetens A, Beernaert K, De Schreye R, Faes K, Annemans L, Pardon K, et al. Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a population-level matched cohort study. BMJ Open [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 28];9:25180. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>
6. Rocafort Gil J, Herrera Molina E, Fernández Bermejo F, Grajera Paredes María ME, Redondo Moralo MJ, Díaz Díeze F, et al. Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. Atención Primaria [Internet]. 2006 Oct 15 [cited 2016 Jan 11];38(6):316–23. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-equipos-soporte-cuidados-paliativos-dedicacion-13093367>
7. WHO. Why palliative care is an essential function of primary health care [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 28]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf?sfvrsn=ecab9b11_2
8. Aguiar H. Os cuidados paliativos nos cuidados de saúde primários - O desafio para o século XXI. Rev Port Med Geral e Fam [Internet]. 2012 Nov 1 [cited 2016 Jan 11];28(6):442–7. Available from: <http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10985>
9. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa: Programa Nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. 2004 [cited 2019 Sep 8]. Available from: [https://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)
10. Cuidados Paliativos – SNS [Internet]. [cited 2019 Aug 29]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/>
11. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2017-2018 [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 30]. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estratégico-CP_2017-2018-1.pdf
12. Ordem dos Médicos CNE. Documento Regulamentar da Competência em Medicina Paliativa. 2013 [cited 2018 May 1]; Available from: http://www.apcp.com.pt/uploads/medicina_paliativa_doc_regulamentar.pdf
13. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Plano estratégico para o desenvolvimento dos

- cuidados paliativos 2019-2020 [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 30]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>
14. Mitchell GK. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review. Vol. 16, *Palliative Medicine*. 2002. p. 457–64.
 15. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, Cohen J, Deliens L, Daveson BA, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Ann Oncol* [Internet]. 2012 Aug 1 [cited 2019 Sep 3];23(8):2006–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22345118>
 16. Beernaert K, Van den Block L, Van Thienen K, Devroey D, Pardon K, Deliens L, et al. Family physicians' role in palliative care throughout the care continuum: stakeholder perspectives. *Fam Pract* [Internet]. 2015 Sep 14 [cited 2018 Apr 25];32(6):cmv072. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26373666>
 17. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care [Internet]. [cited 2019 Sep 1]. Available from: [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
 18. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education - part 1. *Eur J Palliat Care*. 2013;20(2):86–91.
 19. Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos - Recomendações da ANCP [Internet]. 2006 [cited 2019 Sep 1]. Available from: https://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf
 20. Mahtani R, Kurahashi AM, Buchman S, Webster F, Husain A, Goldman R. Are family medicine residents adequately trained to deliver palliative care? *Can Fam Physician* [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 Apr 25];61(12):e577–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27035008>
 21. Rhee JJ-O, Zwar N, Vagholkar S, Dennis S, Broadbent AM, Mitchell G. Attitudes and Barriers to Involvement in Palliative Care by Australian Urban General Practitioners. *J Palliat Med* [Internet]. 2008 Sep [cited 2018 Apr 25];11(7):980–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18788958>
 22. Herrera Molina E, Rocafort Gil J, Cuervo Pinna MÁ, Redondo Moralod MJ. Primer nivel asistencial en cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de atención primaria y criterios de derivación al nivel de soporte. *Atención Primaria* [Internet]. 2006 Nov 1 [cited 2016 Jan 11];38(Supl.2):85–92. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-primer-nivel-asistencial-cuidados-paliativos-13094780>
 23. Arias-casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L De, Pons JJ. *EAPC Atlas of Palliative Care*. 2019.
 24. López Mantecón A, Mantecón AML, Vázquez LIM, Quintero OH, Figueredo MA, Hernández CG, et al. Exploración del conocimiento sobre cuidados paliativos en el Centro de Reumatología. *Rev Cuba Reum* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 11];16(1):5–14. Available from: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/294>
 25. Sato K, Inoue Y, Umeda M, Ishigamori I, Igarashi A, Togashi S, et al. A Japanese Region-wide Survey of the Knowledge, Difficulties and Self-reported Palliative Care Practices Among Nurses. *Jpn J Clin Oncol* [Internet]. 2014;44(8):718–28. Available from: <http://jjco.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/jjco/hyu075>
 26. Witkamp FE, van Zuylen L, van der Rijt CCD, van der Heide A. Validation of the rotterdam

- MOVE2PC questionnaire for assessment of nurses' knowledge and opinions on palliative care. *Res Nurs Heal*. 2013;36(5):512–23.
27. Zarco LEM, Casas AM de la C, Santaella MES, Avilés AGP. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 11];17(2):109–14. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278008>
 28. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med* [Internet]. 2009 Dec 31 [cited 2019 Sep 3];23(8):754–66. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216309106871>
 29. Brito I. Cuidados Paliativos - O que sabem os terapeutas ocupacionais? [Internet]. Universidade de Lisboa; 2017. Available from: <http://hdl.handle.net/10451/33610>
 30. Diogo A. Cuidados Paliativos: Avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros Região Autónoma dos Açores [Internet]. Universidade de Lisboa; 2018. Available from: <http://hdl.handle.net/10451/39148>
 31. De Vlieger M, Gorchis N, Larkin PJ, Porchet F. A Guide for the Development of Palliative Nurse Education In Europe [Internet]. 2004 [cited 2019 Sep 10]. Available from: <https://www.apcp.com.pt/uploads/NursingEducationRecommendations.pdf>
 32. Marôco J. Análise estatística com o SPSS Statistics (5ª ed.). 5ª. Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number; 2011.
 33. Hinkle D, Wiersma W, Jurs S. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. 5th ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003.
 34. Sato K, Inoue Y, Umeda M, Ishigamori I, Igarashi A, Togashi S, et al. A Japanese Region-wide Survey of the Knowledge, Difficulties and Self-reported Palliative Care Practices Among Nurses. *Jpn J Clin Oncol* [Internet]. 2014 Jun 19;44(8):718–28. Available from: <http://jjco.oxfordjournals.org/content/early/2014/06/18/jjco.hyu075.abstract>
 35. Thi Thanh Vu H, Hoang Nguyen L, Xuan Nguyen T, Thi Hoai Nguyen T, Ngoc Nguyen T, Thi Thu Nguyen H, et al. Knowledge and Attitude Toward Geriatric Palliative Care among Health Professionals in Vietnam. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Jul 25 [cited 2019 Sep 9];16(15):2656. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31349576>
 36. PORDATA, INE. PORDATA [Internet]. [cited 2019 Sep 9]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Médicos+total+e+por+sexo-1966>
 37. Al-Drees O, AlHubail M, Elzubair AG. Palliative Care: Knowledge and Attitude among Saudi Residents, 2016. *J Palliat Med* [Internet]. 2019 Jun 3 [cited 2019 Sep 9];jpm.2018.0437. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2018.0437>
 38. Damani A, Ghoshal A, Dighe M, Dhaliwal S, Muckaden M. Exploring education and training needs in palliative care among family physicians in Mumbai: A qualitative study. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 9];24(2):139. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29736114>
 39. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol* [Internet]. 2015 May 1 [cited 2019 Sep 8];33(13):1438–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25800768>
 40. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*

- [Internet]. 2010 Aug 19 [cited 2019 Sep 8];363(8):733–42. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoA1000678>
41. Río MI, Shand B, Bonati P, Palma A, Maldonado A, Taboada P, et al. Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision-making among patients, family, and health care staff. *Psychooncology* [Internet]. 2012 Sep [cited 2019 Sep 9];21(9):913–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22162174>
 42. Dev R, Dalal S, Bruera E. Is there a role for parenteral nutrition or hydration at the end of life? *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2012 Sep [cited 2019 Sep 9];6(3):365–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22801468>
 43. Krautheim V, Schmitz A, Benze G, Standl T, Schiessl C, Waldeyer W, et al. Self-confidence and knowledge of German ICU physicians in palliative care – a multicentre prospective study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2017 Dec 22 [cited 2018 Apr 25];16(1):57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29166887>
 44. Makhoul SM, Pini S, Ahmed S, Bennett MI. Managing Pain in People with Cancer—a Systematic Review of the Attitudes and Knowledge of Professionals, Patients, Caregivers and Public. *J Cancer Educ* [Internet]. 2019 May 22 [cited 2019 Sep 9]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31119708>
 45. Zelko E, Selic P, Malacic S. Palliative Care: a Cross Sectional Study Focused on Different Capacity Building Programmes Evaluated Through Self- Rated Knowledge and Efficiency in Family Medicine Tutors. *Mater Socio Medica* [Internet]. 2017 Jun [cited 2019 Sep 9];29(2):114. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28883774>
 46. Hahne P, Lundström S, Leveälahti H, Winnhed J, Öhlén J. Changes in professionals' beliefs following a palliative care implementation programme at a surgical department: a qualitative evaluation. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2017 Dec 28 [cited 2018 Apr 25];16(1):77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29282050>

ANEXOS

ANEXO I – Consentimento Informado

Consentimento Informado

O presente estudo de Mestrado em Cuidados Paliativos intitula-se **Cuidados Paliativos: avaliação dos conhecimentos dos Médicos de Família**. Tem como investigador principal a Médica de Família Daniela Runa, estando sob a orientação do Prof. Doutor Miguel Julião e Prof. Doutor António Barbosa (Faculdade de Medicina de Lisboa).

Este estudo procura caracterizar os conhecimentos dos Médicos de Família e internos de Medicina Geral e Familiar sobre os Cuidados Paliativos, identificando possíveis fatores que influenciem o conhecimento existente, bem como, as áreas formativas onde é necessário investir.

Para participar é necessário exercer funções médicas no ACES Sintra - Portugal. Depois, e se assim o entender, terá de preencher um questionário online, com uma duração previsível de 6-8 minutos. Pode, a qualquer momento, recusar ou sair do estudo, bastando para isso interromper o preenchimento do questionário.

Nenhum dado identificativo será recolhido e as suas respostas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos/científicos.

A sua participação é de elevada importância para que possamos alcançar os objetivos da investigação.

Caso necessite de algum esclarecimento poderá contactar o autor:
danielaruna@hotmail.com

☐ **Declaro que li e compreendi o que aqui consta e consinto em participar de livre vontade neste estudo.**

ANEXO II – Instrumento de colheita de dados

PARTE A - CARACTERIZAÇÃO

1. Género	Feminino <input type="text"/>	Masculino <input type="text"/>
2. Idade	<input type="text"/> anos	
3. Local de Atividade Profissional	Norte <input type="text"/> Centro <input type="text"/> Lisboa e VT <input type="text"/> Alentejo <input type="text"/>	Algarve <input type="text"/> RAAçores <input type="text"/> RAMadeira <input type="text"/>
4. Sector de Atividade Profissional	Público <input type="text"/> Privado <input type="text"/> Parceria PP <input type="text"/>	Publico/Parceria + Privado <input type="text"/>
5. Anos de experiência profissional	< 5 anos <input type="text"/> 5-10 anos <input type="text"/> 11-15 anos <input type="text"/>	16-20 anos <input type="text"/> 21-25 anos <input type="text"/> >26 anos <input type="text"/>
6. Unidade de trabalho	UCSP <input type="text"/> USF modelo A <input type="text"/> USF modelo B <input type="text"/> Outra <input type="text"/>	
7. Tem formação específica em Cuidados Paliativos?	Sim <input type="text"/>	Não <input type="text"/>
a. Se sim, qual?	Básica (18-45Horas) <input type="text"/> Intermédia (90-180Horas) <input type="text"/> Avançada (>200H; mestrado; doutoramento) <input type="text"/>	b. Se não, porquê? Pouca oferta formativa na área <input type="text"/> Falta de tempo <input type="text"/> Não teve conhecimento de formações na área <input type="text"/> Não tem interesse pela área <input type="text"/>
8. Tem Experiência Profissional em Cuidados Paliativos?	Sim <input type="text"/>	Não <input type="text"/>
a. Se sim, tipo:	Acções Paliativas <input type="text"/> Equipa Intrahospitalar Suporte <input type="text"/> Equipa Comunitária Suporte <input type="text"/> Unidade/Serviço CP <input type="text"/>	b. Se sim, duração: <input type="text"/> anos
9. Como Classifica o seu nível de conhecimentos em Cuidados Paliativos?	Insuficiente <input type="text"/> Suficiente <input type="text"/> Bom <input type="text"/>	Muito Bom <input type="text"/> Excelente <input type="text"/>

PARTE B - CONCEITOS GERAIS

Classifique as seguintes afirmações em Verdadeiro, Falso ou Não sei

A)	Filosofia Cuidados Paliativos	V	F	NS
1.	O objetivo dos Cuidados Paliativos é unicamente o tratamento da dor		x	
2.	Os Cuidados Paliativos iniciam-se nas últimas semanas de vida		x	
3.	Os Cuidados Paliativos e tratamentos com intuito curativo podem ser administrados simultaneamente	x		
4.	Os Cuidados Paliativos incluem apoio espiritual	x		
5.	Os Cuidados Paliativos incluem cuidados aos familiares/cuidadores do doente	x		
6.	Proporcionar cuidados terminais ou acesso a centros de Cuidados Paliativos é retirar toda a esperança do doente		x	
7.	Os Cuidados Paliativos só devem ser prestados a doentes cujo tratamento curativo já não é possível		x	
8.	A melhor forma de trabalhar com doentes com necessidades paliativas é em equipa interdisciplinar	x		
9.	Os Cuidados Paliativos mantêm-se, após a morte do doente, na assistência à família durante o luto	x		
B)	Comunicação	V	F	NS
1.	Os doentes deveriam ser sempre informados de forma clara sobre a morte iminente		x	
2.	A comunicação também funciona como estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e no controlo de sintomas	x		
3.	Na transmissão de más notícias ao doente e família devem encobrir-se informações, factos e sentimentos		x	
4.	Em Cuidados Paliativos preconiza-se a conspiração do silêncio		x	
C)	Sintomas Gastrointestinais	V	F	NS
1.	Quando a obstipação provocada por opióides estiver tratada, os laxantes podem ser suspensos		x	
2.	Na fase paliativa da doença, a xerostomia pode ser aliviada com pastilhas elásticas/rebuçados, infusões frias e saliva artificial	x		
3.	Em doentes oncológicos, é necessário um aporte calórico superior na fase terminal da doença, em comparação com fases iniciais		x	
4.	Os corticosteróides podem melhorar o apetite nos doentes com cancro em fase avançada	x		
5.	Náuseas, vômitos e dispneia não são sintomas frequentes em Cuidados Paliativos		x	
D)	Fim-de-vida/ Agonia	V	F	NS
1.	Alguns doentes em fim de vida irão necessitar de sedação contínua para alívio do sofrimento	x		
2.	Quando a hidratação artificial é retirada, o doente poderá ter mais sintomas na fase de agonia/final		x	
3.	Quando se inicia a sedação paliativa, o tratamento da dor pode ser suspenso		x	
E)	Sintomas Neurológicos	V	F	NS
1.	Ansiedade e agitação são mais prevalentes em fases terminais de neoplasias do que noutras doenças crónicas terminais		x	
2.	Uma das características do <i>delirium</i> é que se desenvolve num curto espaço de tempo	x		
3.	O tratamento de depressão numa fase terminal não é útil		x	
4.	A morfina é frequentemente causa de delírio em doentes oncológicos em estado terminal		x	
F)	Sintomas Respiratórios	V	F	NS
1.	A oxigenoterapia é o tratamento mais apropriado para se iniciar em casos de dispneia em fase terminal		x	
2.	O tratamento mais apropriado de estertores terminais é a aspiração das secreções		x	
3.	A morfina deve ser utilizada para controlo da dispneia em doentes oncológicos	x		
4.	A saturação periférica de oxigénio correlaciona-se diretamente com o nível de dispneia		x	
5.	Terapêutica anticolinérgica ou escopolamina são eficazes na redução da quantidade de secreções nas vias aéreas dos doentes agónicos	x		
G)	Dor	V	F	NS
1.	A dor é um sintoma que, na maioria das vezes, é subvalorizado e subtratado	x		
2.	É importante aguardar o máximo de tempo possível para iniciar opióides fortes, por forma a reservá-los para a dor muito intensa		x	

3.	Quando os opióides estão a ser utilizados para controlo da dor, numa dose regular, os antiinflamatórios não devem ser utilizados		x	
4.	O uso prolongado de opióides causa frequentemente adição		x	
5.	O uso de opióides não influencia o tempo de sobrevivência	x		
6.	Quando os opióides são utilizados de forma continuada, a depressão respiratória é comum		x	
7.	A dor total compreende aspetos multidimensionais (físicos, psicológicos, sociais e espirituais)	x		
G)	Dor	V	F	NS
8.	Para o alívio da dor, em Cuidados Paliativos, o profissional de saúde deve recorrer apenas a medidas farmacológicas		x	
H)	Vias de Administração	V	F	NS
1.	A via de eleição para administração de terapêutica é a via oral	x		
2.	A via de administração de terapêutica ideal é aquela que sendo rápida e eficaz na sua ação provoca o menor sofrimento possível	x		

PARTE C - OPINIÃO

1. Como Classifica o papel do MF/Internista/Enfermeiro/Terapeuta Ocupacional em Cuidados Paliativos?

Sem importância

Não muito importante

Um pouco importante

Muito importante

Extremamente importante

2. Depois de responder a este questionário, como classifica o seu nível de conhecimentos em Cuidados Paliativos?

Insuficiente

Suficiente

Bom

Muito Bom

Excelente

ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração
Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

Exma. Senhora

Dr.ª Daniela Runa

daniela.runa@arslvt.min-saude.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
593/CES/2018

Data
16.01.2018

Assunto: Cuidados Paliativos: avaliação do conhecimento dos Médicos de Família.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação, no dia 12.01.2018, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Y/ O Conselho Directivo


Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Parecer

Proc.109/CES/INV/2017

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

a. Título do projecto (de estudo, investigação, etc.)

“Cuidados Paliativos: avaliação do conhecimento dos Médicos de Família”

b. Promotor

Investigadora Principal

Investigador principal (juntar resumo CV)

Daniela Runa

Tipo de estudo: Descritivo, Observacional e Transversal.

Local onde decorre o estudo (Departamento, Instituto, Laboratório, etc)

Amostra

MF e médicos em processo de formação específica em Medicina Geral e Familiar que aceitem participar no estudo.

Amostra não probabilística por conveniência, seleccionada a partir de uma base de dados dos recursos humanos de ACES Sintra.

e. Este investigação faz parte de um estudo multicêntrico?

A amostra não aponta para tal, mas o questionário contempla essa hipótese, pelo que não está esclarecido este ponto.

f. Descreva sucintamente o(s) objectivo(s) da investigação

1. Caracterizar os conhecimentos sobre CP entre os MF.
2. Identificar os fatores que condicionam o nível de conhecimento existente.
3. Avaliar a necessidade de formação dos MF em CP.

Apreciação:

I. Protocolo:

O investigador afirma na sua introdução:

“Diversos estudos foram realizados para compreender o nível de conhecimento sobre CP, chegando à conclusão que este é insuficiente na maioria dos profissionais de saúde e que pode constituir uma barreira à prestação de cuidados de qualidade. Para além disto, é consensual a necessidade de integrar a formação nesta área no percurso pré e pós-graduado.

A nível nacional há uma ausência de dados acerca do que sabem os profissionais de saúde sobre CP, em que medida isso pode influenciar a prática dos mesmos e que necessidades formativas existem realmente.” Apesar destas questões estarem respondidas, o estudo poderá ter algum interesse no conhecimento da realidade portuguesa no que concerne ao conhecimento dos médicos de medicina geral e familiar sobre os cuidados paliativos.

Contudo é redutor, pelo facto de estar limitado ao corpo clínico de um ACES, apesar de o questionário ser dúbio neste aspecto, uma vez que contempla perguntas que fazem inferir que possa ser aplicado num cenário mais vasto. Conviria esclarecer este aspeto: é uma amostra de conveniência limitada a um ACES ou é um estudo multicêntrico?

Cronograma desactualizado. Seria desejável a sua actualização.

II. Quais os benefícios e resultados práticos a aplicar na prática clínica em benefício dos doentes com necessidade de CP?

Relativamente aos resultados:

Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva do promotor? Se não, que outras entidades tem acesso aos dados

A publicação dos resultados do estudo será da exclusiva responsabilidade do promotor?

Os resultados serão objecto de propostas exequíveis que melhorem o panorama nacional na prestação de cuidados a estes doentes?

Solicita-se a declaração de autorização, da Direcção Executiva do ACES, com a Unidade de Saúde onde se vai realizar o estudo, identificada.

Nestas circunstâncias, propõe-se a emissão de um parecer favorável condicionado ao esclarecimento dos aspetos referidos anteriormente.

Lisboa, 15 de Dezembro de 2017

A relatora declara ausência de conflito de interesses

Parecer final

A investigadora respondeu adequadamente às questões colocadas, pelo que a Comissão propõe a emissão de um parecer favorável.

Lisboa, 12 de Janeiro de 2018

A relatora declara ausência de conflito de interesses

Maria do Carmo Vale

ANEXO IV – Parecer da Direção Clínica e Executiva do ACES Sintra

Declaração

Na categoria de investigadora única e principal do projeto de dissertação intitulado “Cuidados Paliativos: avaliação do conhecimento dos Médicos de Família”, submetido a apreciação e aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, venho por este meio declarar sob compromisso de honra que o mesmo:

1. Não irá envolver outros investigadores
2. Não irá incluir participantes referenciados por profissionais de saúde
3. Não irá necessitar de “Elo de ligação”, pois a amostra não inclui doentes de instituições de saúde
4. Não serão recolhidos dados relativos ao estado de saúde ou doença do participante
5. Não será realizado em ambiente académico

Neste sentido, nenhum documento relativo às questões acima declaradas será incluído neste processo de submissão.

Declaro também que o presente projeto terá como instrumento de recolha de dados um questionário online, cujo preenchimento será anónimo, autónomo e consentido pelo participante. Os dados obtidos não contemplam a recolha de elementos identificativos, estando assim garantida a confidencialidade dos mesmos. Para além disto, todos os dados recolhidos serão armazenados em ficheiro digital encriptado ao qual terá acesso apenas o investigador principal. Desta forma, considero desnecessária a notificação da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Por fim, comprometo-me a entregar à Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT o relatório final da investigação.

Daniela Runa

Lisboa, 29 de agosto de 2017

Alcunha de Ética
de ARSLVT
parecer de
opinion de PETS
ACES SINTRA
Diretor Executivo
Ana Andreia

Este projecto é de
trav o interesse para
o ALES, pela sua im-
portância e por ser
efectuado por uma
médica que integra
a equipa de Paliativos
deste ALES.
Muniz

ANEXO V – Pedido de colaboração à Direção Clínica e Executiva do ACES Sintra
para a divulgação do instrumento de recolha de dados

Exmos. Directora Executiva, Presidente Conselho Clínico e Vogal de enfermagem

Como combinado na reunião de sexta feira passada, envio o link do questionário da minha tese de mestrado, bem como o parecer positivo da Comissão de Ética da ARS LVT e o projecto de investigação de mestrado.

Gostaria de sublinhar os seguintes pontos:

- O questionário destina-se a Médicos de Família e internos de MGF do ACES Sintra, pretende avaliar o conhecimento dos Médicos de Família em Cuidados Paliativos
- A ajuda que vos peço é a de divulgação do questionário através do email institucional dos colegas médicos.
- Seria importante sublinhar o facto de ser, mais que tudo, um levantamento de necessidades formativas, podendo no futuro servir de base de trabalho a um plano de formação em paliativos do ACES realizada pela ECSCPaliativos.
- Os resultados da investigação serão depois disponibilizados à direcção do ACES e, porque não, aos profissionais que contribuíram para os mesmos. Talvez seja importante também mencionar este aspecto no email, por forma a motivar a resposta do profissional.

Link para questionário: <https://goo.gl/forms/SA7sXwa4wKrRBdNH3>

Sem mais, despeço-me agradecendo toda a vossa contribuição.

Com os melhores cumprimentos

Daniela Runa,

Médica de MGF - USF Rio de Mouro

Coordenador ECSCP Cacém-Queluz

ACES Sintra